

благоприятный исход. Но лучше дозированная правда, нежели любые умалчивания. Поэтапное раскрытие диагноза, прогноза и лечения, а также дальнейшее применение «практики надежд» помогает пациенту «созреть» и не становится ошеломляющим и травмирующим. Грамотная работа в этом направлении всецело зависит от наличия необходимых компетенций у врача и типа и состояния его партнёрства с пациентом.

Работа с пациентом и его семьёй должна представлять собой тесное социально-коммуникативное взаимодействие с врачом. Важным является навык коммуникативного балансирования. К каждому пациенту нужно подходить индивидуально, выбирая оптимальную линию поведения. Нельзя оставлять пациента пассивным участником лечебного процесса. Вовлечение в него с целью сделать борьбу с заболеванием эффективной – задача врача, зависящая от того, как им будут выстроены основные коммуникативные стратегии. Медицинский акцент на волю борьбы с болезнью – своеобразный «крестовый поход» пациента, в котором побеждает тот, кто имеет сильную волю. «Практика надежд» предполагает проявление усилий, направленных на то, чтобы наладить жизнь в условиях тяжёлого заболевания. Это практика создания жизни, сохраняющей или пытающейся сохранить смысл даже посреди страдания, когда счастливого конца не предвидится [2].

Ещё одним противоречием является излишний оптимизм, характерный, например, для идеологии американской медицины, основанный на императиве «агрессивного» медицинского вмешательства и тезисе, что «делать хоть что-то лучше, чем не делать ничего». Специфика в оценке клинических рисков в данном случае заключается в том, что риски лечения недооцениваются, а часто и переоцениваются и «оптимистичные прогнозы» делаются даже в неизбежных случаях. Излишнее обнадеживание пациента недопустимо. Врач должен поддерживать в больном надежду на выздоровление настолько, насколько это является возможным.

Выводы. Достичь полного согласия медицинского сообщества в вопросе предпочтительности способов информирования онкологических пациентов и их близких относительно степени тяжести и прогноза развития заболевания сложно. Усовершенствования требуют нормативно-правовые регламенты, которые недостаточно учитывают все разнообразия возможных сценариев и сложности взаимодействия врача, пациентов и их родственников, при том, что их неисполнение влечёт риск судебных издержек.

Задачей врача онколога является научить пациентов ценить жизнь в сложившихся условиях и сопровождать его до того или иного исхода, поддерживая с ним отношения.

Литература:

1. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. – М. Киев : София, 2001. – 316 с.
2. Лехциер, В. Практики надежды в американской онкологии: по мотивам эмпирических медико-антропологических исследований / В. Лехциер // Социология власти. 2016. – Т. 28, № 1. – С. 170–184.

УДК 614.2

ВЫЗОВЫ И РИСКИ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Глушанко В.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Оказание медицинской помощи в организациях здравоохранения предполагает, прежде всего, улучшение ее доступности и качества. При этом важно установить как индикаторы, являющиеся основополагающими для оценки эффективности деятельности системы здравоохранения, так и риски, определяющие вызовы медико-

фармацевтического комплекса и его работу в перспективе в рамках белорусской модели здравоохранения, что и явилось основной **целью** работы.

Методы. Применены аналитический и статистический методы исследования.

Результаты анализа. Дадим комментарии наиболее существенных из рисков.

1. Так, риски системы здравоохранения связаны с ростом потребности населения в объемах медицинской помощи и медицинских услугах по всем возрастным категориям (особенно пожилого возраста), увеличением расходов на новые методы лечения и, прежде всего, на высокотехнологичную медицинскую помощь.

2. В части ресурсозатратности существенный риск представляет равновеликое отношение к трем секторам: первичное звено, скорая медицинская помощь и стационарное звено.

3. Настораживает риск перехода взаимоотношений «пациент-врач» от экспертного - к уровню принятия совместных решений с уклоном в псевдоэкспертизу СМИ и социальных сетей.

4. Депопуляция (фактически вымирание) населения, начавшаяся в 1993 г., была прекращена к 2016 г. под воздействием первой и второй национальных программ демографической безопасности. Однако, в 2017 г. этот негативный процесс вновь возобновился: смертность снова начала превышать рождаемость.

5. Проблемой остается разрыв в значении общей продолжительности жизни городского и сельского населения – он составляет 5 лет (68,9 года и 73,9 года соответственно).

6. Рейтинг коэффициентов рождаемости государств мира (по данным ЦРУ): Нигер – 45,45%; Мали – 44,99%; Уганда – 43,99%; Беларусь – 10,70 %; Япония – 7,93 %; Монако – 6,65 %. В целом по миру рождаемость снизилась вдвое по сравнению с 1950 – 1960-ми гг.

7. Несовершенны механизмы финансирования системы здравоохранения.

8. Недооценка важности общественного здоровья со стороны местных органов власти.

9. Отсутствие должной компетентности управленческих кадров всех уровней системы здравоохранения [1].

10. Потери кадровых ресурсов во многом определяются низким уровнем материального вознаграждения медицинских работников к реальному сектору экономики и по отношению к медперсоналу в окружающих странах. Заметим также, что руководитель на всех уровнях оказания медицинской и фармацевтической помощи должен быть не только профессионально подготовленным, но и владеть вопросами: управления, менеджмента, маркетинга, экономики, права, фармакоэкономики, персонализированной, доказательной медицины и фармации. При соблюдении этих условий, здравоохранение будет «производительным» и даст возможность обеспечить доступность и качество услуг населению при оптимальном распределении финансовых средств.

11. Целесообразно внести изменения в законодательство в части урегулирования вопросов прохождения медицинскими работниками длительных командировок (гранты, стажировка, обучение, повышение квалификации и др.) за пределами страны с сохранением рабочего места в Республике Беларусь.

12. Растет обеспеченность врачами и койками, что требует больших финансовых затрат. В течение последних пяти лет обеспеченность специалистами с высшим медицинским образованием росла и в 2018 году составила 55,6 на 10 тыс. населения. Обеспеченность практикующими врачами также растет и составляет 40,8.

13. Реализуется пилотный проект по созданию университетской клиники. Цель - организация медицинской помощи населению на основе современных достижений медицинской науки, техники и передового опыта.

14. Для работников бюджетных организаций здравоохранения планируется с 2020 года ввести новую систему оплаты труда.

15. Межрайонные и межрегиональные центры. Для приближения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи проживающему в сельской местности населению - в 2019 году в таком формате начнут принимать пациентов в Мозыре, Новополоцке, Молодечно, Борисове и Бобруйске.

16. Эксперты считают, что одной из главных движущих сил медицинского туризма является старение населения. Поэтому при разработке концепции экспорта услуг следует учитывать потребность в специфических, соответствующих возрасту потребителей, услугах.

17. Экспорт образовательных услуг [2]. По оценкам Всемирной торговой организации, емкость мирового рынка образования непрерывно растет. Для повышения привлекательности обучения в ВГМУ, повышения престижа вуза, а также создания перспектив для дальнейшего трудоустройства выпускников из числа иностранных граждан с 2018 года начата реализация проекта, направленного на подготовку выпускников к сдаче лицензирующих экзаменов в различных зарубежных странах.

Выводы.

1. Практико-ориентированное развитие медицинской науки осуществляется в соответствии со Стратегией «Наука и технологии» 2018-2040 годы для ее перехода на инновационную модель.

2. Необходимо обеспечить дальнейшее развитие передовых технологий во всех сферах здравоохраненческой деятельности, реализацию мероприятий современного маркетинга, ценовой политики и подходов по медицинскому туризму, увеличить количество обучающихся иностранных граждан в медицинских университетах.

Литература:

1. Методы оценки кадрового научного потенциала. Сообщение 1 (обзор литературы) / М.М. Сачек [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – № 3. – С. 10–22.

2. Глушанко, В.С. Критериальная основа экспорта медицинских, фармацевтических и образовательных услуг в контексте формирования предпринимательских компетенций внешнеторговой деятельности / В.С. Глушанко // Медицинское образование XXI века: разработка модели «Университет 3.0» : сб. материалов междунар. науч.-практ. конф. – Витебск : ВГМУ, 2019. – С. 82–85.

УДК 616-085

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ: ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ

Глушанко В.С., Гайфулина Р.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Процесс определения приверженности пациента к лечению существует со времен Гиппократы, когда пациенты самостоятельно фиксировали прием лекарств.

Необходимо понимать различие между понятиями «приверженность к лечению» и «комплаенс». В 1997 году Всемирная Организация Здравоохранения проанализировала данные многих независимых авторов и приняла решение об использовании термина «приверженность» в случае партнерства врача и пациента с активным вовлечением последнего в процесс. Термин «комплаенс» предусматривает пассивное подчинение врачу и слепое выполнение пациентом врачебных инструкций [1].

Цель работы: изучить методы установления факта наличия приверженности пациента к лечению.

Материал и методы: аналитический обзор литературы.

Результаты и обсуждение. Для расчета приверженности к лечению рабочая группа Международного общества по фармакоэкономике и изучению исходов